

**CARTA CIENTÍFICA**

## **Evaluación de un circuito de atención específico para los pacientes derivados desde Atención Primaria a un Servicio de Urgencias Pediátricas hospitalarias**

**Verónica Patricia Guerra Salazar<sup>1</sup>, Júlia Plaja Aguilar<sup>1</sup>, José Martínez Hernando<sup>2</sup>, Arantxa Aparicio Coll<sup>2</sup>, Victoria Trenchs Sainz de la Maza<sup>2,3</sup>, Carles Luaces Cubells<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Esplugues de Llobregat, Barcelona. <sup>2</sup>Área de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. <sup>3</sup>Universidad de Barcelona. Barcelona

Un porcentaje no despreciable de pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátricas hospitalarias (SUP) es remitido inicialmente desde centros de Atención Primaria (CAP) o consultas de centros médicos privados (CMP), donde un facultativo realiza una valoración inicial y considera necesaria su derivación a un centro hospitalario<sup>(1,2)</sup>. Estos pacientes son diferentes a los que consultan por iniciativa propia, ya que han pasado un filtro por un médico y acuden con un informe dirigido de actuación concreta. El objetivo de la derivación hospitalaria es variado, desde la realización de una prueba diagnóstica no disponible en Atención Primaria, la valoración urgente por parte de otro especialista o la instauración de un tratamiento no asumible desde la Atención Primaria<sup>(2,3)</sup>. En nuestro centro, el circuito de atención de los pacientes derivados es idéntico al de los pacientes que acuden por iniciativa propia: entrega inicial de datos en admisiones, clasificación según nivel de triaje y espera post-triaje según el mismo. En épocas de elevada presión asistencial se aumenta el tiempo de espera en urgencias para este colectivo de pacientes (así como para el resto de pacientes en general). En este contexto se producen evasiones o abandonos del SUP, aumentan las reconsultas y el discomfort de los pacientes y sus familias.

Como ya se ha comentado, dado que estos pacientes ya han pasado un filtro por otro médico, se propuso la optimización de su atención, realizando una prueba piloto en octubre de 2023. Para ello se diseñó un circuito de atención

específico para poder establecer un sistema para su priorización. En la entrega de datos se identificó que el paciente acudía derivado y tras la clasificación del paciente según el sistema de triaje (que no se modificó por la derivación), un pediatra especialista en urgencias visitó a estos pacientes en unos boxes reservados para esta atención y de manera independiente a las consultas por iniciativa propia. El resto de pediatras del servicio visitaron a los pacientes que acudieron por iniciativa propia en sus circuitos habituales (área de Emergencias y de Urgencias).

El objetivo de este trabajo fue determinar si un circuito de atención específico para los pacientes derivados suponía una mejora en su atención en el SUP.

Se realizó un estudio descriptivo observacional en el SUP de un hospital materno-infantil de tercer nivel de Barcelona. Se revisaron las historias clínicas informatizadas de los pacientes menores de 18 años atendidos de 8 a 20 horas los días laborales y derivados desde un CAP, centro de urgencias de Atención Primaria (CUAP) o CMP. Se recogen los datos de octubre de 2022, previo a la prueba piloto, y de octubre de 2023 durante la prueba del circuito; excluyéndose los pacientes atendidos exclusivamente por Traumatología, Cirugía y/o Psiquiatría, así como los pacientes que acudieron derivados de otros centros hospitalarios.

Se consideró mejora en la atención hospitalaria la disminución de los pacientes triados no visitados (tasa de abandono), la disminución del tiempo de espera hasta la visita médica (minutos entre la llegada al SUP y el inicio de la atención médica) y la disminución de necesidad de citas programadas al alta con otros especialistas o realización de pruebas complementarias para resolver la consulta.

Para el análisis estadístico los datos extraídos se analizaron con el programa estadístico IBM Corp. Released 2023. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0.0.0 Armonk, NY: IBM Corp. La estadística es descriptiva mediante medias/medianas en las variables cuantitativas y porcentajes en las

Recibido el 3 de diciembre de 2024

Aceptado el 17 de marzo de 2025

**Dirección para correspondencia:**

Dr. José Martínez Hernando.

Correo electrónico: jose.martinezh@sjd.es

variables categóricas. El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital.

En octubre de 2022, se registraron 343 derivaciones de 4755 visitas totales (7,2%), en comparación con octubre de 2023 con 359 derivaciones de 4.303 visitas totales (8,3%) ( $p=0,045$ ). En 2022 la edad mediana de los pacientes atendidos fue de 4,1 años (p25-75 1,2-8,9 años) y en 2023 de 4 años (p25-75 1-9,9 años) ( $p=0,91$ ). Sobre la distribución horaria de las derivaciones, un 43% llegaron al SUP durante el horario de mañana (08-14 horas), mientras que el 57% restante lo hizo durante la tarde (14-20 horas). En octubre de 2022 la tasa de abandono fue del 3,8% de las derivaciones (13 pacientes), mientras que en 2023 ningún paciente derivado abandonó el servicio de urgencias sin ser visitado ( $p<0,001$ ). La [Tabla 1](#) muestra la comparativa según nivel de triaje, espera y destino al alta.

Al analizar los resultados observamos que el porcentaje de las visitas de derivaciones a pediatría es similar al de otras series como el que obtuvieron Yebra Delgado *et al.* con 7,2% en el área Gijón<sup>(4)</sup> y las encontradas por San José-González *et al.* en Lugo, con un 9%<sup>(5)</sup>. La distribución horaria, predominantemente de tarde, no difiere de la encontrada en otros estudios<sup>(6)</sup>. Las causas más frecuentes de derivación eran para pruebas complementarias y valoración por otro especialista<sup>(7)</sup>. Sería de interés valorar los recursos de los que disponen en los diferentes centros de Atención Primaria y dotarlos de herramientas diagnósticas, para disminuir derivaciones y así evitar los desplazamientos de los pacientes y disminuir la sobrecarga asistencial hospitalaria<sup>(2)</sup>.

Evidenciamos que un circuito específico para la atención de las derivaciones supuso una mejoría notable en la asistencia de estos pacientes según los criterios definidos, objetivándose una disminución de la mediana de tiempo de espera más notable en los niveles de triajes menos prioritarios. Este hecho podría explicar la ausencia de pacientes que abandonaron el SUP sin ser visitados. Por otra parte, no se objetivó una disminución significativa en la tasa de citas al alta con la prueba piloto del circuito alternativo. Esto puede ser explicado por la atención exclusiva de mañana de otras subespecialidades pediátricas, mientras que había un mayor porcentaje de derivaciones en la franja horaria de tarde.

Los resultados evidencian una mejoría en ciertos parámetros de la asistencia de estos pacientes durante la prueba piloto, por lo que se debe plantear la implantación del mismo a largo plazo. Esta estrategia futura requeriría recursos humanos y un espacio adecuado, no asumible en el momento actual, dado que los recursos son limitados. Sin embargo, la implementación de un único circuito aislado podría ser insuficiente<sup>(8)</sup>. Como ya se ha comentado, un número no despreciable de derivaciones requieren valoración, por subespecialidades pediátricas distintas de urgencias, y en muchas ocasiones esta no se puede hacer de forma inmediata. Si se pudiese mejorar la comunicación entre Atención Primaria y las consultas de estos subespecialistas creando un circuito directo de derivación, disminuirían estas visitas en el SUP, que en la mayoría de las ocasiones realizan únicamente la función de enlace.

Los resultados de nuestra prueba piloto demuestran la utilidad de un circuito específico para mejorar la atención de pacientes derivados. Pese a esto, consideramos que op-

**TABLA 1. Pacientes derivados al SUP (solo para pediatría) visitados según nivel del triaje, mediana de espera según triaje y destino.**

|                                  | 2022<br>(n= 330) | 2023<br>(n= 359) | p      |
|----------------------------------|------------------|------------------|--------|
| Nivel triaje                     |                  |                  | 0,366  |
| 2                                | 33 (10%)         | 30 (8,4%)        |        |
| 3                                | 133 (40,3%)      | 128 (35,7%)      |        |
| 4                                | 141 (42,7%)      | 168 (46,8%)      |        |
| 5                                | 23 (7%)          | 33 (9,2%)        |        |
| Mediana espera<br>Triage 2 (min) | 21               | 15               | 0,018  |
| Mediana espera<br>Triage 3 (min) | 43,5             | 24               | <0,001 |
| Mediana espera<br>Triage 4 (min) | 168,5            | 56,5             | <0,001 |
| Mediana espera<br>Triage 5 (min) | 196              | 44               | <0,001 |
| Destino al alta del SUP          |                  |                  | 0,811  |
| Domicilio                        | 231 (70%)        | 248 (69,1%)      |        |
| Citado a otro especialista       | 45 (13,6%)       | 55 (15,3%)       |        |
| Ingreso                          | 54 (16,4%)       | 56 (15,6%)       |        |

timizar la comunicación y coordinación entre los centros hospitalarios y la Atención Primaria supondría la situación idónea para mejorar su atención. A nivel global, se requiere de la organización de varios niveles asistenciales para la optimización de la atención pediátrica, no únicamente con el objetivo de disminuir la sobrecarga asistencial, sino también para reducir el gasto sanitario, mejorar la calidad asistencial y la experiencia del paciente.

## FINANCIACIÓN

Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mollar JB, Vara M, Meneu R, Roselló M, Ripoll P. Derivaciones desde Atención Primaria a las urgencias hospitalarias en el departamento 7 de Valencia. FML. 2010; 14(3): 6.
2. Pérez Martín A, López Lanza JR, Dierssen Sotos T, Villa Puente M, Raba Oruña S, del Río Madrazo JA. Análisis de las derivaciones hospitalarias desde un servicio de urgencias de Atención Primaria durante un año. Semergen. 2007; 33(7): 341-8.
3. Escobedo F, González Gil L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA, et al. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). Aten Primaria. 1997; 19(4): 169-75.

4. Yebra Delgado S, Bravo Merino L, Suárez Gil P. Análisis de la atención a la población pediátrica por médicos de familia en un punto de atención continuada. *Semergen*. 2019; 45(8): 523-7.
5. San José-González MA, Méndez-Fernández P, Basanta-González D, Núñez-García C. Atención urgente de una población pediátrica rural en un punto de atención continuada. *Aten Primaria*. 2008; 36(9): 524-5.
6. Bouzas Senande E, López Olmeda C, Cerrada Cerrada E, Olalla Linares J, Menéndez JL. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. *Emergencias*. 2005; 17: 215-9.
7. Trenchs V, Hernández-Bou S, Fernández-Santervás Y, Quintillá JM, Luaces C, García-García JJ, et al. Anàlisi dels motius de derivació a un servei d'urgències pediàtriques. *Bol Soc Catalana Pediatr*. 2003; 63: 69-72.
8. Hodgson HS, Webb N, Diskin L. Consultant-led triage of paediatric hospital referrals: a service evaluation. *BMJ Paediatr Open* [Internet]. 2021; 5(1): e000892.